

様式第5号（第7条関係）

小竹町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助申請書兼請求書

年 月 日

小竹町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号（ ） ー

小竹町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 被接種者

| | | | |
|------------|--|------|-------|
| ふりがな 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
|------------|--|------|-------|

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は町で記入します。

| 種 類 | 接種日 | 接種費用 | 上限額 | 申請額 |
|-----|-------|------|-----|-----|
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 | 円 | 円 |
| 合 計 | | | | 円 |

3 補助金振込先（申請者と同名義）

| | | | | | |
|----------------------------------|--------|-------------------|--------------------|--|----|
| 金融機関コード | | 農協 信金 信連 信組 銀行 漁協 | 店番 | | 店所 |
| 貯金種目（番号を○で囲んでください。） 1：普通 2：当座 | | | 口座番号（右詰めで書いてください。） | | |
| 名義 | (フリガナ) | | | | |

4 添付書類

- (1) 領収書
- (2) 予診票
- (3) その他町長が必要と認める書類